

Alineados con nuestra creencia de que las pruebas genéticas deben ser accesibles para todos, GeneDx, LLC ofrece opciones flexibles de facturación y pago, incluido un Programa de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés). Para ayudarnos a saber si califica para este programa, por favor complete la solicitud a continuación. **Para evitar retrasos, asegúrese de completar todos los campos. Por favor devuelva la solicitud a billing@genedx.com. Puede enviar una copia escaneada o una fotografía del formulario completado.**

POR FAVOR TENGA EN CUENTA: La asistencia financiera es para pruebas que se facturan a través del seguro o para pacientes sin seguro. Para analizar otras opciones de pago o saber si califica para recibir asistencia financiera, contáctenos al (888)729-1206, opción 2 o billing@genedx.com.

Nombre del Paciente (Apellido, Primer, Inicial del Segundo)	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)	
Dirección de Correo Electrónico	Número de Teléfono Primario	
Dirección	Ciudad	Estado
Número de Accession o Número de Cuenta de factura GeneDx	Tamaño del hogar	Ingreso del Hogar (antes de impuestos)
Seleccione tipo de asistencia (seleccione uno) <input type="radio"/> La paciente TIENE seguro (los costos de bolsillo se descuentan según una escala móvil) <input type="radio"/> La paciente NO TIENE seguro (los precios de las pruebas se descuentan según una escala móvil)		

Para ver si califica para el Programa de Asistencia Financiera (FAP) de GeneDx, necesitamos saber el tamaño de su hogar (la cantidad de personas que viven en su hogar) y los ingresos del hogar antes de impuestos. El ingreso total de su hogar incluye lo siguiente para TODOS los miembros de su hogar: salario bruto (su ganancias), compensación por desempleo, compensación por incapacidad y compensación al trabajador, seguro social y/o beneficios suplementarios (SSI), asistencia pública (TANF, SNAP, etc.), pensión/jubilación, dividendos/ intereses, alquileres/regalías, desempleo o compensación laboral, pensión alimenticia y/u otros activos.

Su compañía de seguro médico determinará únicamente cuál será la responsabilidad financiera de su miembro por las pruebas GeneDx. Este monto aparecerá en la carta de Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que le envía su compañía de seguro médico (la carta EOB **no** es una factura). Luego, GeneDx le facturará según la responsabilidad financiera del miembro de la EOB. Si se le aprueba la FAP, descontaremos su factura final de GeneDx al monto indicado en la tabla a continuación para el cual usted sea elegible. La tabla se basa en las pautas federales de pobreza de 2023 y se actualizará a medida que las pautas federales cambien anualmente.

PERSONAS EN LA FAMILIA/HOGAR	CANTIDAD DESCONTADA BASADA EN EL INGRESO DEL HOGAR				
	\$0	\$75	\$150	\$200	\$250
1	\$30,120	\$45,180	\$60,240	\$75,300	\$90,360
2	\$40,880	\$61,320	\$81,760	\$102,200	\$122,640
3	\$51,640	\$77,460	\$103,280	\$129,100	\$154,920
4	\$62,400	\$93,600	\$124,800	\$156,000	\$187,200
5	\$73,160	\$109,740	\$146,320	\$182,900	\$219,480
6	\$83,920	\$125,880	\$167,840	\$209,800	\$251,760
7	\$94,680	\$142,020	\$189,360	\$236,700	\$284,040
8	\$105,440	\$158,160	\$210,880	\$263,600	\$316,320

POR LA PRESENTE RECONOZCO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA. AUTORIZO A GENEDX A VERIFICAR LA INFORMACIÓN ANTERIOR CON EL ÚNICO PROPÓSITO DE EVALUAR LA NECESIDAD FINANCIERA, INCLUYENDO EL DERECHO A SOLICITAR DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO PARA LA SOLICITUD ANTERIOR. ENTIENDO QUE SI NO CALIFICO, SERÁ NOTIFICADO Y GENEDX ME FACTURARÁ. POR LA PRESENTE RECONOZCO QUE NO ESTOY RELACIONADO NI EMPLEADO POR EL MÉDICO QUE ORDENÓ LA PRUEBA. ENTIENDO Y ACEPTO QUE GENEDX LLC SE RESERVA EL DERECHO EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN PREVIO AVISO DE MODIFICAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD; PARA MODIFICAR O TERMINAR ESTE PROGRAMA; Y AUDITAR LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO EN ESTA SOLICITUD. ADEMÁS, CERTIFICO Y ACEPTO QUE NO SOLICITARÉ REEMBOLSO NI CRÉDITO POR ESTA PRUEBA DE NINGUNA ASEGURADORA, ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD, PROGRAMA GUBERNAMENTAL U OTRA FUENTE DE AYUDA FINANCIERA.

Firma del Paciente/Parte Responsable

Fecha MM/DD/YYYY